

Zusammenfassung

Die **ausführliche Anamnese** bildet eine wichtige Grundlage für die Therapie. Anhand von fünf Anamnesebögen, in denen die ICF-Ebenen Körperfunktion, Aktivität, Teilhabe und Umweltfaktoren mit abgebildet werden können (Anamnesebögen I–V), und die unter www.reinhardt-verlag.de als Kopiervorlagen zum Download beigefügt sind, kann sich die Therapeutin ein umfassendes Bild von der vorliegenden Problematik machen.

- **Anamnesebogen I** erfasst die aktuelle Stimmproblematik. Zum einen wird der Schweregrad der Stimmstörung erfragt. Zum anderen beschreiben die Eltern die Stimmproblematik. Sie sollen weiter Auskunft geben über die Konstanz, die Zeit-, die Personen- und die Situationsabhängigkeit der Beschwerden.
- **Anamnesebogen II** erfasst die Entwicklungsbereiche des Kindes. Die Eltern beantworten Fragen zur Entwicklung und zum Verhalten in den Bereichen Motorik, Sprachentwicklung und auditive Entwicklung.
- **Anamnesebogen III** erfasst familiäre Faktoren, die auf die Stimmstörung des Kindes einen Einfluss haben können.
- **Anamnesebogen IV** erfasst die psycho-sozialen Faktoren der Umgebung des stimmgestörten Kindes.
- **Anamnesebogen V** erfasst die sozial-kommunikativen Fähigkeiten eines Kindes und seiner Umgebung.

3.3 Befunderhebung bei kindlicher Dysphonie

Die Befunderhebung testet spielerisch einzelne Entwicklungsbereiche, wobei Beobachtungen aus dem freien Spiel durch gezielte Testsituationen ergänzt werden können. Sie besteht aus dem **Stimmstatus** mit der **Beobachtung** und **Beschreibung** des stimmlichen Verhaltens im freien Spiel, aus der **gezielten Funktionsprüfung** einzelner Parameter und der **Überprüfung einzelner assoziierter Entwicklungsbereiche** des Kindes entsprechend des in Kap. 2.3 vorgestellten Verursachungsmodells.

Um das Vorgehen intra- und interindividuell zu vereinheitlichen, empfiehlt sich die Auswahl geeigneten Materials, das bei wiederholter Diagnostik die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sichert. Sollen zusätzlich akustische Parameter ausgewertet werden, sollte auch hier über eine gezielte Anweisung bei den Aufnahmen nachgedacht werden. Grundsätzlich ist die Dokumentation der kindlichen Stimme in den einzelnen Modalitäten auf einem rauschfreien Tonträger (z. B. digitales Aufnahmegerät) unerlässlich. Diese dient neben der Einschätzung des Schweregrades der Störung auch

zur Objektivierung des Therapieerfolges (s. Kap. 10 „Erfolgskontrollen in der Praxis“). Dabei sollten einzelne Parameter nicht nur zu Beginn und nach Abschluss der Behandlung erhoben werden, sondern im Sinne einer **Verlaufsdagnostik** in regelmäßigen Abständen auch immer wieder während der laufenden Behandlung. Die Verlaufsdagnostik besteht aus dem **Stimmstatus** mit der **Beobachtung** und **Beschreibung** des stimmlichen Verhaltens im freien Spiel, aus der **gezielten Funktionsprüfung** einzelner Parameter und der **Überprüfung einzelner assoziierter Entwicklungsbereiche** des Kindes entsprechend den Ursachen.

Bei der **Erhebung des Stimmstatus** wird der Stimmklang bzw. die Ausprägung der Heiserkeit beurteilt. Neben dieser Gradeinschätzung wird die untersuchende Logopädin Aussagen treffen über die **Qualität der Stimm-einsätze**, die **Lautstärke** und die **Dynamik**, das **Volumen**, die **mittlere Sprechstimmlage** und den **Stimmumfang**, sowie die **Belastbarkeit** der Stimme, das **Sprechtempo** und die **Atemfunktion**. Ergänzend werden **Symptome** festgehalten, die die **Phonation begleiten** (z. B. Hervortreten der Halsvenen, Rausperzwang, Missempfindungen).

Stimmstatus

Die weitere Ursachensuche mit ausführlicher Anamnese und Diagnostik verlangt von der Therapeutin einen entsprechenden zeitlichen Einsatz. Defizite, die die motorischen, auditiven oder kommunikativen Fähigkeiten betreffen, können von der Untersucherin in einem **allgemeinen Screening**, das in einem angemessenen zeitlichen Rahmen steht, erfasst werden.

Screening einzelner Entwicklungsbereiche

Um einen Eindruck von den **grobmotorischen Fähigkeiten** des Kindes zu bekommen, kann das Kind z. B. motiviert werden, auf einem Bein zu stehen oder zu hüpfen, einen Ball in einen Korb zu werfen, über ein Seil zu balancieren etc.

Für den **feinmotorischen** Bereich soll das Kind zeichnen, nachzeichnen, Perlen auffädeln usw.

Die **mundmotorischen** Fähigkeiten können orientierend überprüft werden, wenn das Kind die Wangen aufbläst, die Zunge in den rechten und linken Mundwinkel, zur Ober- oder Unterlippe und in Richtung Nase führt.

Die **kommunikative Leistung** wird im Rollenspiel oder über direkte Fragen überprüft. Es sollten nicht nur die grammatikalischen, artikulatorischen und semantischen Fähigkeiten beurteilt werden. Darüber hinaus ist es wichtig zu beobachten, ob die Kommunikation lebendig wirkt, ein angemessener Einsatz von Mimik und Gestik erfolgt und die sprachlichen Fähigkeiten geschickt zum Umsetzen der jeweiligen Ziele eingesetzt werden.

Die **emotionale Entwicklung** des Kindes kann neben der Erfragung in der Anamnese im freien Spiel beurteilt werden. Wie präsentiert sich das Kind? Wie hoch ist seine Frustrationstoleranz? Wirkt das Kind besonders aggressiv oder besonders zurückhaltend und angepasst? Die Verwendung

eines standardisierten Elternfragebogens wie der Child Behavior Checklist (CBL, Achenbach 1991), der eine Einschätzung des Kindes durch die Eltern auf sieben Problemskalen erlaubt, kann hier zusätzlich hilfreich sein. Auch die **habituellen Faktoren** können zum Teil im Spiel beobachtet werden. Wählt das Kind im Rollenspiel ungünstige stimmliche Eigenschaften? Räuspert es sich häufig? Weitere habituelle Faktoren können im Anamnese-gespräch erfragt werden.

Die **auditive Wahrnehmung** kann orientierend z. B. mit Hilfe der Differenzierung von Tönen unterschiedlicher Tonhöhe und Lautstärke, durch das Nachklatschen bestimmter Taktsequenzen, durch die Lautdiskrimination, durch das Zuordnen von Musikinstrumenten und durch die Zuordnung bestimmter Eindrucksqualitäten usw. überprüft werden.

Zeigt das Kind bei diesen orientierenden Untersuchungen Auffälligkeiten, sollten ausführlichere und standardisierte Tests folgen, auch durch Vertreter der entsprechend zuständigen Berufsgruppen, um weitere Schritte einzuleiten.

In Abstimmung auf den Anamnesebogen sollen die nachfolgend aufgeführten Checklisten helfen, Teilbereiche im komplexen Ursachengefüge zu komplettieren.

Diagnostik der hyperfunktionellen Dysphonie

1. Stimmstatus

- perceptiver Eindruck
- Funktionsprüfung

2. Überprüfung einzelner Entwicklungsbereiche

- Kommunikations- und Kontaktverhalten
- Sprachentwicklung
- Grob-, Fein- und Mundmotorik
- auditive Diskriminationsfähigkeit

Stimmstatus

Die Überprüfung der Sprechstimme – entsprechend der ICF-Ebene Körperfunktion – kann im freien Spiel, im Gespräch, bei einer gemeinsamen Bilderbetrachtung oder – je nach Alter des betroffenen Kindes – mittels eines kurzen Lesetextes erfolgen.

Diagnostikbogen I



Stimmstatus – perceptiver Eindruck. Diagnostikbogen I zeigt die einzelnen Prüfkategorien im Stimmstatus.

Dieser orientiert sich an dem Basisprotokoll zur Beurteilung der Stimmfunktion der European Laryngological Society (ELS, Dejonckere et al. 2001) und wurde für Kinder adaptiert. Hiermit lässt sich die ICF-Ebene der Körperfunktion abbilden.

Für die Erhebung des Stimmstatus' ist die Beurteilung des Schweregrades der vorliegenden Stimmstörung empfehlenswert. In der Praxis hat sich die Bewertung der Rauigkeit, Heiserkeit und Behauchtheit nach Nawka und Anders (1996, RBH-System) bewährt. Ergänzend bietet es sich an, den Parameter Gepresstheit in die Werteskala mit aufzunehmen. Das Wesen der hier vorgeschlagenen Gradeinteilung ist im folgenden Abschnitt erläutert.

Da pathologische Stimmen auch von Experten häufig sehr unterschiedlich beurteilt werden, ist es anzustreben, die auditive Beurteilung nach einem Verfahren durchzuführen, bei dem vergleichbare Hörerurteile gewonnen werden können. Nachdem im deutschen Sprachraum das 1996 von Nawka und Anders veröffentlichte RBH-System zur Beurteilung heiserer Stimmen im Erwachsenenalter häufig verwendet wird, bietet es sich an, diese Beurteilungsform auch zur Heiserkeitsklassifikation bei Kindern anzuwenden. Beurteilt werden hierbei die drei Einzelkriterien Rauigkeit (R), Behauchtheit (B) und Heiserkeit (H). Der Ausprägungsgrad dieser drei Kriterien wird in einer Werteskala von Grad 0 bis Grad 3 festgehalten. Dabei wird für den Ausprägungsgrad der Einzelmodalitäten Rauigkeit, Behauchtheit und Heiserkeit festgelegt:

Ausprägungsgrade des RBH-Systems (Nawka und Anders 1996)

- 0 = nicht vorhanden
- 1 = leicht oder geringgradig
- 2 = mittelgradig
- 3 = hochgradig

Nawka und Anders (1996) verstehen ihr RBH-System als **Basissystem** zur Beurteilung pathologischer Stimmen. Das bedeutet, dass die Modalitäten für einzelne Fragestellungen erweitert werden können. Im Rahmen der Beurteilung hyperfunktioneller Kinderstimmen hat es sich in der stimmtherapeutischen Praxis bewährt, das Kriterium „**Gepresstheit**“ mit in die Werteskala aufzunehmen, da dies doch ein häufig auftretendes Symptom der hyperfunktionellen kindlichen Dysphonie ist.

Lautstärke: In einer beliebigen Sprechsituation wird die Lautstärke, in der das Kind spricht, beschrieben. Es wird festgehalten, ob diese auf die Untersucherin zu laut, zu leise oder unauffällig wirkt.

Kopiervorlage: Diagnostikbogen I. Perzeptiver Eindruck

Diagnostikbogen I zur kindlichen Dysphonie

Perzeptiver Eindruck
 Name des Kindes
 Untersucherin
 Datum

Stimmqualitäten

Gradeneinstellung:

| | Rauigkeit | Behauchtheit | Heiserkeit | Ergänzung: Gepresstheit |
|-----------------------------|-----------|--------------|------------|----------------------------|
| Grad 0 = Nicht vorhanden | | | | |
| Grad 1 = Leichtgradig | | | | |
| Grad 2 = Mittlergradig | | | | |
| Grad 3 = Hochgradig | | | | |

| | | | |
|--|----------------|---------------|---------------|
| Stimmansätze | unauffällig | hart | verhaucht |
| Lautstärke | unauffällig | zu laut | zu leise |
| Dynamik | unauffällig | eingeschränkt | |
| Volumen | unauffällig | eingeschränkt | |
| Mittlere Sprechstimmlage | im Normbereich | zu hoch | zu tief |
| Stimmumfang | im Normbereich | eingeschränkt | |
| Sprechtempo | unauffällig | schnell | langsam |
| Relaxierbarkeit | unauffällig | eingeschränkt | |
| Atemfunktion u. Sprechatmung u. Rubeatmung | unauffällig | Hochatmung | Schnappatmung |

Beschauer/Haeg: Stimmstörungen bei Kindern © 2011 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co. KG, Verlag, München

Dynamik: Ein weiterer Parameter ist die Beschreibung der Dynamik. Ist das Kind in der Lage, im Sprechen die Lautstärke angemessen zu variieren, oder klingt die Stimme starr und fixiert?

Volumen: Die Untersucherin beurteilt die Fülle der Stimme des Kindes. Klingt sie dünn und wenig tragfähig, oder füllt die Stimme den Raum? Welche Resonanzräume des kindlichen Körpers verstärken den Stimmklang oder werden nur eingeschränkt genutzt?

Sprechgeschwindigkeit: Wie schnell spricht das Kind? Ist das Tempo der Situation angemessen oder wirkt es auf die Untersucherin inadäquat schnell oder inadäquat langsam.

Prosodie: Moduliert das Kind im Sprechen seine Tonhöhe oder klingt das Gesprochene monoton? Ist die Modulation angemessen oder übertreibt das Kind?

Tonansatz (Stimmansatz): Wo befindet sich der wahrnehmbare „Sitz der Stimme“, das heißt der Raum der größten Verstärkung der Schallwellen im Ansatzrohr? Klingt die Stimme zurückverlagert, z. B. durch eine dorsale Zungenlage?

Artikulation: Wie deutlich spricht das Kind? Wie weit öffnet es den Mund beim Sprechen? Lassen sich Tendenzen einer zu engen oder einer übertrieben weiten Artikulation erkennen?

Atmung: Wie wirkt die Atmung auf die Untersucherin? Fügt sich die Atmung in den Fluss des Gesprochenen oder überzieht das Kind die Atemmittellage? Kommt es beim Sprechen außer Atem? Ist eine Beteiligung der Atemhilfsmuskulatur in Form von Hochziehen der Schultern (Hochatmung) beobachtbar? Zieht das Kind rasch und hektisch die ihm fehlende Luft nach (Schnappatmung)?

Begleitsymptomatik: Welche Begleitsymptomatik zeigt das Kind? Räuspert es sich häufig? Treten die Halsvenen bei Phonation mit hervor? Scheint die Phonation dem Kind Anstrengung oder Schmerzen zu bereiten? Hier sollte der subjektive Eindruck durch Nachfragen ergänzt und dementsprechend vermerkt werden.

Tonus/Haltung: Wie wirkt das Kind auf die Untersucherin? Hält es sich aufrecht? Wirkt es schlaff? Wirkt es übermäßig angespannt?

| | | | |
|---------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------|
| Prosodie | unauffällig | eingeschränkt | übertrieben |
| Tonansatz/ Stimmansatz | unauffällig | nach hinten verlagert | |
| Artikulation | unauffällig | eng, wenig Kieferöffnung | kaum Lippenrundung |
| Haltung/Tonus | unauffällig | hypoton | hyperton |
| Nasalität | unauffällig | hyponasal | hypernasal |

| Begleitsymptomatik | | | Bemerkungen |
|----------------------------|---------|----------|-------------|
| Räusperzwang | nein | ja | |
| Hervortreten der Halsvenen | nein | ja | |
| Mühsamfindungen | | | |
| wahrgenommen | nein | ja | |
| erfragt | nein | ja | |
| Tonus/Haltung | hypoton | hyperton | |

Beschauer/Haeg: Stimmstörungen bei Kindern © 2011 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co. KG, Verlag, München

Diagnostikbogen II

Stimmstatus-Funktionsprüfung: Zur Beurteilung der mittleren Sprechstimmlage und des Stimmumfangs empfiehlt sich der Einsatz eines Klaviers oder Keyboards. Zudem sind ein Taschen-